

※「人間ドック」をご希望の方は「《人間ドック》申込書」にご記入願います。

●基本情報（必須）

※基本情報および希望日等は、必ずご記入願います

提出日	令和 年 月 日		
ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	昭和・平成	年 月 日	( 歳)
現住所	〒( )		
電話番号	携帯( )	自宅( )	
メールアドレス			
実施希望日	◆第1希望日	月 日( )	曜日
	◆第2希望日	月 日( )	曜日
	◆第3希望日	月 日( )	曜日
	<input type="checkbox"/> 特に希望日なし (いつでも良い)		
※調整後、当科よりご予約確定のご連絡をさせていただきます。(3営業日以内) ※複数を希望される場合、検診項目によっては同一日の検査が不可の場合もあります。			

●各種検診項目（必須）

※希望検査項目の口欄に、必ず「レ印」をご記入願います

項目	おすすめ	料金(税込)
<input type="checkbox"/> 全身MRI検査 (DWIBS)	全身のがんをMRIで検索(1検査20分で撮像可能)	40,000円
<input type="checkbox"/> 大腸CT検査 (CTC)	大腸検査を受検したことがない方	35,000円
<input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT検査	喫煙者、喫煙歴、受動喫煙のある方	12,320円
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 定期健康診断	就職・進学等 (月曜日・木曜日)	お問い合わせください
<input type="checkbox"/> 奥州市) 特定/長寿/30代 健診事業		市) 受診票の 自己負担金
<input type="checkbox"/> 奥州市) 前立腺がん検診		
<input type="checkbox"/> 奥州市) 肝炎ウイルス検診		
<input type="checkbox"/> 奥州市) 骨粗しょう症検診		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 抗体検査+ワクチン接種	B型肝炎等企業様からのお申込み	お問い合わせください
<input type="checkbox"/> 予防接種 ( )	破傷風、インフルエンザ等企業様等集団接種のお申込み	お問い合わせください

ご質問/ご要望 (ご自由にご記入ください)

《ご予約・お問い合わせ》

奥州市総合水沢病院 健康管理科

電話 0197-25-3833 (内線 603/604)

FAX 0197-24-9091

メール kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp